



## Consentimiento de los padres para la vacuna contra la gripe de temporada

ESCUELA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DE LA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

**SI USTED NO QUIERE QUE SU NIÑO RECIBA LA VACUNA CONTRA LA GRIPE (INFLUENZA) EN LA ESCUELA, NO COMPLETE ESTE FORMULARIO. Si quiere que su niño reciba la vacuna contra la gripe en la escuela, complete este formulario y devuélvalo a la escuela de su niño.** Por favor, lea la declaración de Información sobre la Vacuna para la vacuna contra la gripe de temporada de 2011-2012 (inactivada y viva, por vía nasal) entregada con este formulario. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a DHEC al número incluido en la carta que se encuentra adjunta a este formulario.

### **Sección 1: información del estudiante (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE).**

Apellido del niño:		Nombre del niño:	
Grado:	Edad:	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:		Ciudad:	Código postal:
Teléfono de casa: (      )		Teléfono en caso de emergencia: (      )	
Nombre del padre/madre/tutor:			
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	

### **Sección 2: Evaluación médica (POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS)**

1. ¿Ha tenido alguna vez su niño reacción grave a huevos O una reacción grave a otras vacunas contra la gripe (de temporada o H1N1) que le ha causado cualquiera de lo siguiente: silbidos al respirar, problemas al respirar; sarpullido y picazón en todo el cuerpo; hinchazón en la boca o la garganta; presión arterial muy baja o un shock?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha tenido alguna vez su niño el síndrome de Guillain-Barré (es un tipo raro de debilidad muscular temporal grave y parálisis)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha tenido alguna vez su niño una reacción alérgica grave al látex?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Si usted ha respondido Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, su niño no podrá recibir la vacuna contra la gripe de temporada de 2011-2012 en la escuela. Por favor, contacte a su proveedor de cuidado de salud sobre la vacuna. Si usted respondió NO a las preguntas anteriores, responda las preguntas número 4 al número 11 que se encuentran a continuación:**

4. ¿Recibió su niño al menos una dosis de la vacuna contra la gripe el año pasado?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
5. ¿Ha recibido su niño alguna(s) vacuna(s) en los últimos 30 días? Si la respuesta es sí, enumere las vacunas: Nombre de la(s) vacuna(s): _____ Fecha en que la recibió: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Tiene su niño alguno de lo siguiente: Asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica) o una enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, los nervios o la sangre (incluyendo anemia)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Toma su niño todos los días aspirina o algún medicamento que contiene aspirina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Tiene su niño un sistema inmunológico débil? (Por ejemplo: el tratamiento por cáncer o VIH/SIDA o tomar medicamentos como esteroides pueden debilitar el sistema inmunológico.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Está su hija embarazada o amamantando? (Por favor hable con su hija para verificar la información.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Tiene su niño contacto cercano con una persona que necesite cuidado en un ambiente protegido? (por ejemplo: alguien que está en una unidad de trasplante de médula ósea.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. Si su niño tiene de 2 a 4 años, ¿en los últimos 12 meses ha tenido su niño silbidos al respirar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Si su niño recibe un medicamento antiviral (Tamiflu, Relenza, Amantadine o Rimantadine) dentro de 48 horas antes o después de la clínica de vacunación en la escuela, por favor póngase en contacto con la enfermera de la escuela.**

### **NOTA: POR FAVOR, DÉLE VUELTA A LA PÁGINA Y COMPLETE LA SECCIÓN 3.**

#### **LA SIGUIENTE SECCIÓN SERÁ COMPLETADA CUANDO SE DÉ LA VACUNA (sólo para uso oficial)**

Seasonal Influenza Vaccine (Inactivated)	<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> VaxCare	Dose # <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Route: IM	<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> RL	Manufacturer:	Lot #:	VIS Date: 7/26/11
Seasonal Influenza Vaccine (Live, Intranasal)	<input type="checkbox"/> VFC <input type="checkbox"/> VaxCare	Dose # <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Route: Intranasal L	L and R Nare	Manufacturer:	Lot #:	VIS Date: 7/26/11
<input type="checkbox"/> "What to Know After Your Child's Seasonal Flu Vaccine" given to student. <input type="checkbox"/> Unable to vaccinate student due to: _____; "Unable to Vaccinate" form given to student.							
Nurse Signature:		Provider ID:		Date:			

**Sección 3: Autorización y consentimiento para la vacunación del niño**

**(POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS PERTINENTES QUE SE ENCUENTRAN A CONTINUACIÓN Y FIRME AL PIE DE LA PÁGINA, PARA INDICAR QUE ESTÁ DE ACUERDO Y QUE PERMITE LA VACUNACIÓN).**

*Por favor, marque la casilla pertinente y entregue la información solicitada debajo de la casilla marcada*

**Seguro privado**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Apellido del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación del estudiante con el asegurado:  Dependiente  Él mismo

Compañía de seguro primaria \_\_\_\_\_

Identificación del miembro/ del asegurado \_\_\_\_\_ Identificación de grupo \_\_\_\_\_

Compañía de seguro secundaria \_\_\_\_\_

Identificación del miembro/ del asegurado \_\_\_\_\_ Identificación de grupo \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, yo doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información personal médica de mi niño para el propósito de operaciones de cuidado de salud, junto con la asignación a VaxCare de todos los pagos de la compañía de seguros mencionada anteriormente por los servicios brindados. Yo entiendo que seré responsable de pagar la vacuna contra la gripe si mi compañía de seguro no la paga. Yo reconozco que se me ha dado una copia del Aviso de Privacidad de VaxCare.

**Medicaid**

Número de Medicaid del niño (Número de receptor): \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, yo solicito que el pago de beneficios de Medicaid sea realizado al Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur [DHEC] en mi nombre. Yo le doy permiso a DHEC para que intercambie la información médica u otra información confidencial de mi niño según sea necesario a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), a sus representantes o a otros representantes necesarios para determinar los beneficios relacionados con los servicios brindados. Yo acuerdo participar en planes de tratamiento y a la asignación a DHEC de los beneficios de Medicaid por los servicios brindados. Yo reconozco que se me ha dado una copia del Aviso de Privacidad de DHEC.

**No tiene seguro**

Yo no tengo seguro o cobertura de Medicaid para mi niño

**Indio Americano/Nativo de Alaska**

**AUTORIZACIÓN PARA LA VACUNACIÓN (por favor lea detenidamente)**

YO AUTORIZO que mi niño reciba la vacuna contra la gripe de temporada en la escuela. Yo he leído o se me han explicado las Declaraciones de Información sobre la Vacuna contra la gripe de 2011-2012. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna. Yo entiendo los riesgos y los beneficios. Yo entiendo que la vacuna puede ser administrada como inyección o como spray nasal. Yo he leído y respondido cuidadosamente y con exactitud las preguntas en la sección 2 y entiendo que dar información incorrecta podría causar riesgos graves para mi niño. Yo autorizo que mi niño reciba una segunda dosis de la vacuna contra la gripe en la clínica en la escuela si mi niño tiene menos de 9 años de edad y si los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) recomiendan una segunda dosis. Yo acuerdo informar a la escuela antes del día de la clínica de vacunación en la escuela si hay algún cambio en la salud de mi niño o si yo decido que mi niño va a recibir en otro lugar la primera o la segunda dosis de la vacuna contra la gripe de temporada. En caso de una exposición ocupacional, yo autorizo que le hagan a mi niño un análisis de sangre, de ser necesario para la seguridad de mi niño y de los empleados. Yo entiendo que se reportará la información sobre la vacunación de mi niño al Registro de Vacunación de SC para propósitos de la salud pública.

**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Escriba su nombre con letra de molde:** \_\_\_\_\_

## **Instrucciones para completar el consentimiento de los padres para la vacuna contra la gripe de temporada (DHEC 3123S)**

**PROPÓSITO:** proveer a los padres un método de prestar su consentimiento para que su niño reciba la vacuna contra la gripe de temporada y proveer una herramienta de documentación para la vacunación **en la escuela**.

**Identificación de la escuela y la clínica** - cuando DHEC ingrese en el sistema de VaxCare a través de un portal restringido la fecha de la(s) clínica(s) de vacunación de la escuela, el sistema generará un número de identificación para la clínica. El personal correspondiente de DHEC escribirá dicho número y el nombre de la escuela en la esquina derecha en la parte superior de la página 1.

### **Sección 1- información del estudiante (completado por el padre/madre/tutor del niño)**

Apellido y nombre del niño

Grado del niño

Edad del niño

Fecha de nacimiento del niño

Género del niño

Dirección, ciudad y código postal

Número de teléfono de la casa

Número de teléfono en caso de emergencia

Nombre del padre/madre/tutor

Raza (si es "otra" escriba la raza)

Etnicidad

### **Sección 2- Evaluación médica para la vacuna contra la gripe de temporada**

**(TIV y LAIV) (completada por el padre/madre/tutor del niño).**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas 1 a 3 es "sí", el niño no puede recibir en la escuela la vacuna contra la gripe de temporada 2011-2012. El padre/madre/tutor necesita contactar al proveedor primario de atención médica del niño sobre la vacuna contra la gripe.

Si la respuesta a todas las preguntas de la 1 a 3 es "no", el padre o tutor responderá las preguntas 4 a 11.

**La enfermera que administra la vacuna revisará las respuestas de las preguntas médicas, determinará si se puede administrar la vacuna y documentará la información correspondiente en la sección "sólo para uso oficial" al pie de la página 1.**

- Revise la información completada por el padre/madre/tutor en la página 2 del formulario. Los estudiantes que tienen seguro privado son pacientes de VaxCare. Para dichos estudiantes la enfermera marcará "VaxCare" en la sección de documentación sobre la vacunación. Todos los demás estudiantes (Medicaid, sin seguro o indios americanos/nativos de Alaska) llenan los requisitos de VFC y son pacientes de DHEC. Para estos estudiantes, la enfermera marcará "VFC" en la sección de documentación sobre la vacunación.
- Número de la dosis: marque la dosis que se va a dar.
- Sitio: marque la casilla correspondiente (LA—brazo izquierdo; RA—brazo derecho; LL—pierna izquierda; RL pierna derecha)
- Fabricante: documente el nombre del fabricante
- Número de lote: documente el número de lote
- Si el niño recibió la vacuna contra la gripe, marque la caja a la par de "What to Know After Your Child's Seasonal Flu Vaccine (Lo que debe saber después de que su niño reciba la vacuna contra la gripe de temporada)" para indicar que el documento fue enviado a la casa con el niño.
- Si la enfermera no pudo vacunar al niño, marque la caja "Unable to Vaccinate the Student (No pudo vacunar al estudiante)" para indicar que el formulario "Unable to Vaccinate (No pudo vacunar)" fue enviado a la casa con el estudiante.

**Firma de la enfermera:** La enfermera que dio la vacuna escribe su firma legal completa.

**Identificación del proveedor:** La enfermera escribe el código de facturación asignado a su región.

**Fecha:** Documente el mes/día/año en que se dio la vacuna.

### **Sección 3 - Autorización y consentimiento para la vacunación del niño (completado por el padre/tutor del niño).**

El padre/madre/tutor contestará las preguntas pertinentes. Al pie de la página firmará y escribirá su nombre con letra de molde y pondrá la fecha para indicar su acuerdo y consentimiento para la vacunación del niño en la clínica en la escuela.

### **Procedimientos de la oficina y archivo**

**Estudiantes que llenan los requisitos de VFC** - Ingrese la información en CARES y archive los formularios por lotes de acuerdo a la política de la agencia sobre archivos médicos.

**Estudiantes que llenan los requisitos de VAXCARE** - entregue los formularios a VaxCare de acuerdo a sus pautas. Estos NO son pacientes de DHEC. No ingrese ninguna información en CARES, incluyendo información de vacunación. VaxCare hará archivos médicos para estos pacientes.

**Cualquier estudiante que no pudimos vacunar** - NO ingrese ninguna información en CARES. Archive los formularios con los formularios de los estudiantes que llenan los requisitos de VFC.